ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 23–12

Date de publication : 15 juin1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

TENDANCES CONCERNANT LA GONORRHÉE AU CANADA, 1990-1995	F-1	89 – 95
DENGUE ET DENGUE HÉMORRAGIQUE DANS LES AMÉRIQUES, 1996	F-5	95
LA MÉNINGITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS	F-5	95 – 96

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

TENDANCES CONCERNANT LA GONORRHÉE AU CANADA, 1990-1995

Introduction

L'infection gonococcique (Code CIMA 098, excluant 098.4) est une maladie à déclaration obligatoire au pays. Il y a 5 ans, la gonorrhée était la maladie transmise sexuellement (MTS) à déclaration obligatoire la plus fréquemment signalée au Canada; toutefois, depuis 1991, l'infection génitale à *Chlamydia* l'a remplacée.

Les données de la surveillance nationale relatives aux infections gonococciques comprennent trois variables démographiques : groupe d'âge, sexe et province de résidence. Bien que certaines provinces recueillent plus de données démographiques et de données sur le comportement que d'autres, ces renseignements ne sont pas disponibles pour toutes les provinces.

La gonorrhée représente un important problème de santé publique, surtout pour les femmes en âge de procréer. De 20 % à 40 % environ des cas d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et 14 % des cas de stérilité tubaire peuvent être attribués à des infections gonococciques. En outre, environ 33 % des grossesses ectopiques sont attribuables à des AIP antérieures[1]. Les infections gonococciques chez les femmes engendrent des coûts pour le régime canadien de soins de santé qui sont évalués à plus de 43 millions de dollars par année; 82 % de ces coûts sont associés aux diagnostics et au traitement des AIP, aux grossesses ectopiques et à la stérilité tubaire[2]. Comme les infections gonococciques sont évitables et se traitent facilement, des programmes de prévention et de traitement précoce pourraient contribuer à réduire considérablement les souffrances et les conséquences économiques liées à cette maladie.

Le nombre de cas de gonorrhée signalés à l'échelle nationale a chuté régulièrement depuis 1981. En 1995, 5 500 cas de gonorrhée ont été déclarés comparativement à 56 330 en 1981, soit 10 fois moins de cas sur une période de 14 ans. Entre 1981 et 1995, le taux d'infection est passé de 226,2 cas pour 100 000 habitants à 18,6 cas, ce qui est 12 fois moins. Finalement, le taux d'infection a baissé de 62 % entre 1990 et 1995; il est passé de 49,7 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 18,6 cas en 1995.

Hommes et femmes de > 14 ans

Le tableau 1 présente le nombre de cas signalés et les taux d'infection gonococcique selon le sexe entre 1990 et 1995. Les hommes ont toujours affiché des taux d'infection plus élevés que les femmes. Environ 3 032 cas ont été déclarés en 1995, soit 11 fois moins qu'en 1981 où 34 337 cas avaient été signalés. En ce qui concerne les femmes, le nombre de cas signalés était près de 10 fois moins élevé en 1995 (2 268 cas) qu'en 1981 (21 863 cas). Même si les écarts entre les sexes ont persisté au fil du temps, le ratio hommes-femmes a diminué légèrement pour passer de 1,57:1,0 en 1981 à 1,34:1,0 en 1995.

En 1995, les taux d'infection chez les hommes et les femmes étaient de 20,7 et de 15,2 cas pour 100 000 habitants, respectivement. L'écart entre les sexes est passé de 23 % en 1990 à 27 % en 1995. La figure 1 présente les taux d'infection, selon le sexe, de 1990 à 1995.

En 1995, les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans affichaient les taux d'infection les plus élevés, à savoir 88,7 et 73,1 cas pour 100 000 habitants, respectivement (figure 2). Venaient au troisième rang les hommes âgés de 20 à 24 ans (69,7 pour 100 000), suivis des hommes de 25 à 29 ans (59,8 cas pour 100 000) (figure 2).

En 1995, 70 % des cas signalés chez les femmes appartenaient au groupe des 15 à 24 ans. La proportion correspondante pour les hommes était de 37 %. Dans le groupe des < 25 ans, le ratio hommes-femmes était de 1,0:1,9. Durant la même année, le ratio correspondant hommes-femmes pour le groupe des ≥ 25 ans était 2,4:1,0.

En 1995, les femmes de 15 à 19 ans affichaient un taux d'infection de 88,7 cas pour 100 000 habitants, soit un peu plus du double du taux enregistré chez les hommes du même âge (40,5 cas). Les taux d'infection annuels en 1995 sont respectivement six fois et neuf fois moins élevés qu'en 1981 (596,1 cas pour les femmes et 364,6 cas pour les hommes).

2007-02729/

Tableau 1
Cas déclarés et taux* d'infections gonococciques au Canada selon l'âge et le sexe, 1990-1995

Âge (ans)	1990						1993						1995					
	Homme		Femme		Total		Homme		Femme		Total		Homme		Femme		Total	
	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux
<1	5	2.4	9	4.6	15	3.7	1	0.5	0	0.0	2	0.3	1	0.5	1	0.5	2	0.5
1-4	1	0.1	13	1.7	14	0.9	1	0.1	11	1.4	12	0.7	2	0.2	4	0.5	6	0.4
5-9	3	0.3	9	1.0	12	0.6	3	0.3	3	0.3	7	0.4	0	0.0	2	0.2	2	0.1
10-14	21	2.2	139	15.1	160	8.5	8	0.8	88	9.2	97	4.9	9	0.9	81	8.3	90	64.0
15-19	1,140	115.3	2,168	229.0	3,311	171.1	596	59.9	1,185	124.8	1,783	91.7	411	40.5	856	88.7	1,267	64.0
20-24	2,373	217.9	1,911	180.7	4,291	199.9	1,013	95.6	997	96.8	2,010	96.2	722	69.7	737	73.1	1,459	71.4
25-29	1,791	135.4	918	71.5	2,710	104.0	884	72.9	402	34.0	1,286	53.7	678	59.8	329	29.6	1,009	44.9
30-39	1,553	63.8	564	23.4	2,121	43.8	845	32.4	298	11.6	1,143	22.1	827	31.0	201	7.7	1,167	22.1
40-59	553	17.7	176	5.7	729	11.8	323	9.5	79	2.3	402	5.9	320	8.8	41	1.1	409	5.6
60+	57	3.0	10	0.4	67	1.6	26	1.3	4	0.2	31	0.7	31	1.5	1	0.0	37	0.8
Total	**7,681**		**6,024**		**13,822**		**3,738**		**3,086**		**6,832**		**3,032**		**2,268**		**5,500**	
Taux* (pour tout les âges)		**55.7**		**43.0**		**49.7**		**26.0**		**21.1**		**23.6**		**20.7**		**15.2**		**18.6**

* pour 100 000 habitants

Figure 1
Incidence déclarée de la gonorrhée selon le sexe, Canada, 1990-1995

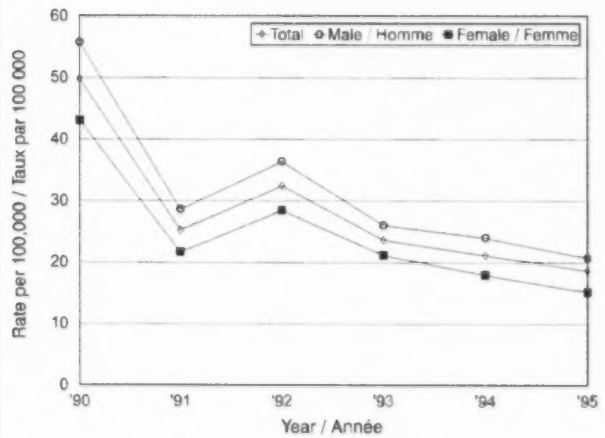
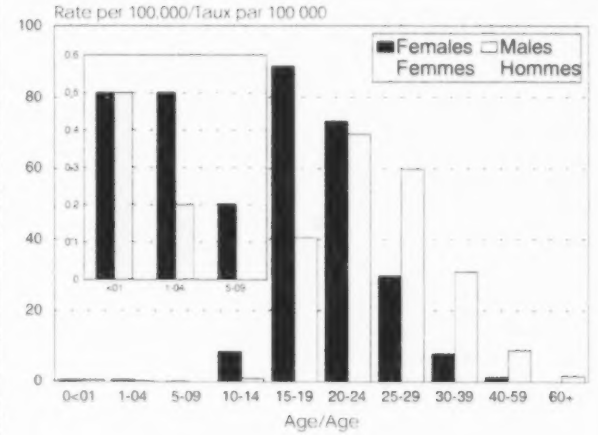


Figure 2
Incidence déclarée de la gonorrhée, selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Entre 1990 et 1993, les hommes âgés de 20 à 24 ans ont affiché le deuxième taux d'infection le plus élevé; cependant, en 1994 et en 1995, les femmes de 20 à 24 ans ont enregistré des taux d'infection plus élevés que leurs homologues masculins (figure 3).

es hommes de ≥ 25 ans ont toujours présenté des taux d'infection gonococcique plus élevés que les femmes du même âge. Entre 1990 et 1995, les hommes de 25 à 29 ans affichaient des taux environ deux fois plus élevés que les femmes du même groupe d'âge (figure 4). Au cours de la même période, le taux d'infection pour les hommes de 30 à 39 ans était de 2,5 cas pour 100 000 habitants, soit un taux quatre fois supérieur à celui des femmes; les écarts entre les hommes et les femmes avaient tendance à s'accroître.

Pour ce qui est des personnes âgées de ≥ 40 ans, les taux d'infection ont toujours été plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Hommes et femmes de ≤ 14 ans

Les cas d'infection chez les < 15 ans sont préoccupants, car ils sont probablement attribuables à des cas d'abus et d'exploitation sexuels. On retrouvait 4 % de tous les cas signalés chez les femmes, et 0,4 % de ceux signalés chez les hommes dans le groupe des < 15 ans (encadré, figure 2). Le ratio hommes-femmes était de 1,0:7,3. En 1995, le taux d'infection pour les femmes âgées de 10 à 14 ans était de 8,3 cas pour 100 000 habitants, comparativement à 0,9 cas pour 100 000 chez les hommes du même âge. En 1981, les taux d'infection correspondants étaient de 23,2 et de 5,4 cas pour 100 000, respectivement. Ces données doivent être interprétées avec circonspection : la baisse du nombre de cas de gonorrhée dans cette population reflète vraisemblablement la diminution du nombre de cas dans la population adulte. Elles ne doivent pas être interprétées comme étant un indicateur de la diminution du nombre de cas d'abus et d'exploitation sexuels.

Distribution géographique

Depuis toujours, les provinces Maritimes ont affiché les taux d'infection gonococcique les plus faibles, tandis que les Territoires du Nord-Ouest ont enregistré les taux les plus élevés (figure 5).

Le tableau 2 présente le nombre de cas signalés et les taux d'infection selon la province entre 1990 et 1995. Une tendance à la baisse généralisée du nombre de cas signalés et des taux d'infection a été observée dans toutes les provinces et dans tous les territoires. Les augmentations occasionnelles du nombre de cas et des taux sont pour la plupart attribuables à la variation aléatoire ou à l'instabilité associée aux petits nombres de cas signalés.

Les comparaisons entre les provinces doivent être interprétées avec circonspection. Divers facteurs peuvent contribuer aux différences provinciales, par exemple, la mise en oeuvre de programmes de dépistage et d'éducation, la migration des groupes à risque élevé et des noyaux de transmetteurs, l'administration d'une dose unique plutôt que de doses multiples d'antibiotiques ainsi que l'efficacité des programmes de recherche des contacts.

Résistance aux antimicrobiens

Au Canada, les souches résistantes de *Neisseria gonorrhoeae* producteur de pénicillinase (NGPP) et de *N. gonorrhoeae* résistant à la tétracycline représentaient 11 % de tous les cas de gonorrhée signalés en 1990. En 1995, cette proportion atteignait 23 %. De plus, des rapports faisant état d'une sensibilité ou d'une résistance réduites aux fluoroquinolones (notamment la ciprofloxacine et la norfloxacine) au Canada ont récemment été publiés. La plupart des cas étaient des cas importés[4-7].

Les traitements de première ligne recommandés pour la gonorrhée (troisième génération de céphalosporines et de fluoroquinolones) sont efficaces contre les souches de NGPP et de *N. gonorrhoeae* résistant à la tétracycline.

Figure 3
Incidence déclarée de la gonorrhée, selon le sexe et certains groupes d'âge, Canada, 1990-1995

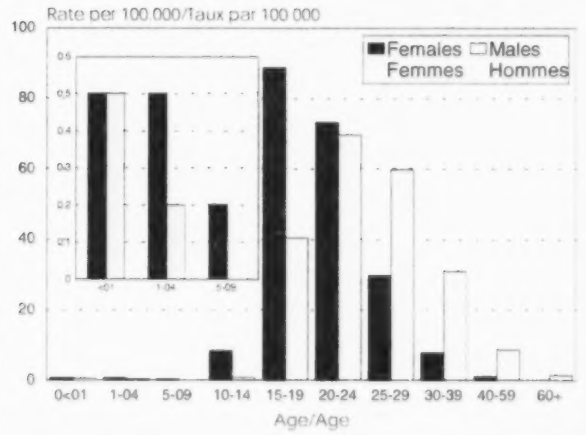
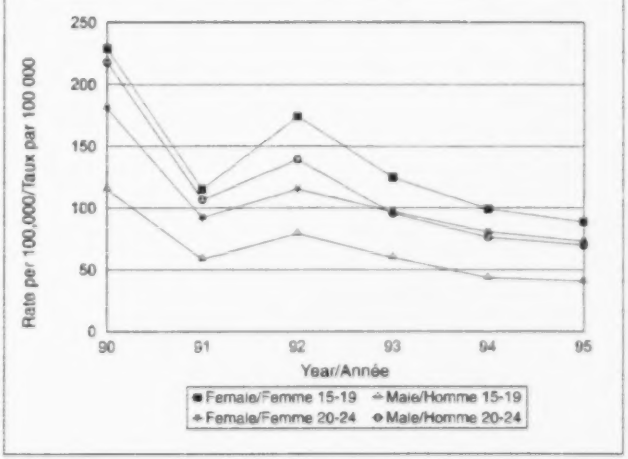


Figure 4
Incidence déclarée de la gonorrhée, selon le sexe et certains groupes d'âge, Canada, 1990-1995



Noyaux de transmetteurs

Les noyaux de transmetteurs sont un petit sous-ensemble de la population dont les membres changent souvent de partenaires sexuels[8,9]. À l'heure actuelle, on estime que la majorité des infections gonococciques endémiques sévissent au sein de ces groupes[8-10]. D'autres recherches devront être menées pour évaluer et décrire les noyaux de transmetteurs dans le contexte canadien; des stratégies de prévention et de lutte appropriées, axées sur la réduction ou, idéalement, sur l'élimination des infections gonococciques indigènes, pourront alors être mises en place.

Analyse

La baisse spectaculaire de l'incidence de la gonorrhée depuis 1981 peut sans doute être attribuée aux changements dans les comportements sexuels découlant des stratégies de prévention primaire mises en oeuvre pour contrer le VIH/sida ainsi qu'à une prise en charge des cas, à une recherche des contacts et à des traitements améliorés.

Cette baisse devrait se poursuivre dans les années à venir. Des

Figure 5
Incidence déclarée de la gonorrhée, selon la province et le territoire, Canada, 1995

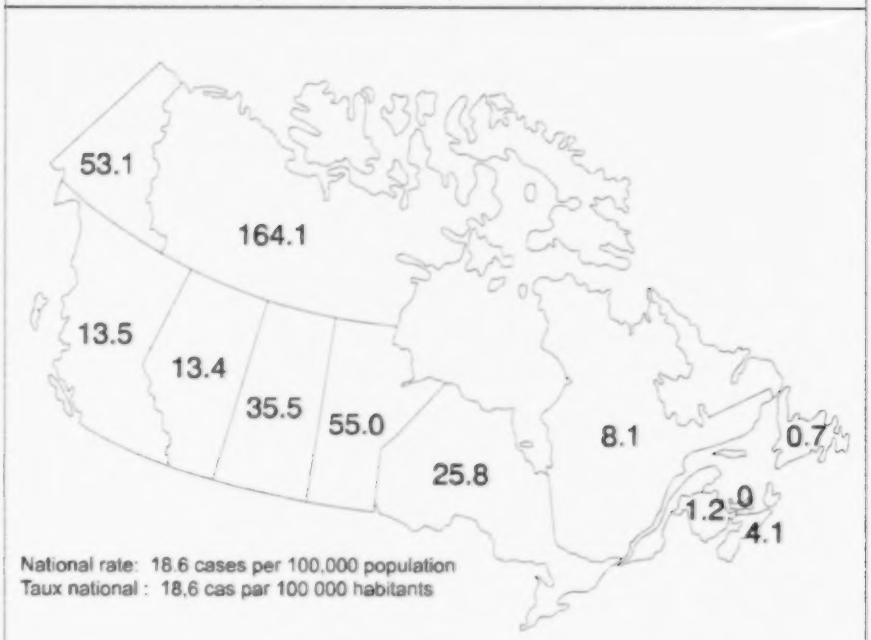


Tableau 2
Cas déclarés et taux* d'infections gonococciques au Canada par province, 1990-1995

Province/Territoire	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux	Cas	Taux
Terre-Neuve	49	8.5	25	4.3	13	2.2	3	0.5	3	0.5	4	0.7
Île-du-Prince-Edouard	10	7.6	6	4.6	3	2.3	—	—	—	—	—	—
Nouvelle-Ecosse	310	34.0	294	32.0	196	21.2	90	9.7	35	3.7	38	4.1
Nouveau-Brunswick	62	8.3	53	7.1	24	3.2	8	1.1	13	1.7	9	1.2
Québec	1,966	28.0	1,380	19.5	891	12.4	680	9.4	735	10.1	595	8.1
Ontario	6,148	59.5	5,381	51.4	3,897	36.6	3,035	28.1	3,123	28.6	2,860	25.8
Manitoba	1,079	97.3	1,295	116.4	1,259	112.7	923	82.1	729	64.5	626	55.0
Saskatchewan	903	89.3	846	84.1	717	71.1	490	48.5	377	37.2	361	35.0
Alberta	1,255	49.1	1,387	53.3	1,174	44.4	831	30.9	506	18.6	373	13.6
Colombie-Britannique	1,500	45.5	1,330	39.4	792	22.8	566	15.8	490	13.4	510	13.5
Yukon	85	303.3	77	264.2	13	42.9	23	75.6	13	43.8	16	53.1
Territoires du Nord-Ouest	455	766.6	383	624.8	274	438.0	183	287.4	143	221.0	108	164.1
Total	**13,822**		**12,457**		**9,253**		**6,832**		**6,167**		**5,500**	
Taux (pour tout les âges)		**49.7**		**44.3**		**32.4**		**23.6**		**21.1**		**18.6**

* pour 100 000 habitants

améliorations au chapitre des traitements, plus particulièrement les antibiothérapies à dose unique introduites en 1992, devraient contribuer à l'élimination de tous les problèmes d'observance. De plus, des progrès récents réalisés dans le domaine des techniques de diagnostic non invasives (comme l'amplification par la polymérase et la ligation répétitive d'oligonucléotides) devraient rendre les tests plus intéressants pour la clientèle. S'il est possible de tester et de traiter plus tôt les personnes à risque, la durée de l'infectivité va diminuer. Cette diminution entraînera, à son tour, une réduction des possibilités d'infection et, en conséquence, une baisse de l'incidence de la gonorrhée dans la population. Avec la baisse du nombre d'infections gonococciques, les programmes de recherche des contacts efficaces deviennent une importante stratégie de lutte permettant d'identifier et de traiter les personnes infectées. Des stratégies de dépistage doivent être élaborées et mises en oeuvre à l'intention des populations marginalisées «difficiles à atteindre», telles que les jeunes de la rue et les utilisateurs de drogues injectables, où les cas de résistance antimicrobienne vont sans doute persister et où l'activité sexuelle est une source de revenu. Les adolescents et les jeunes adultes, surtout les femmes, devraient être visés par les stratégies de prévention primaire. Une fois ces stratégies de prévention et de lutte en place, la gonorrhée endémique au Canada pourrait être éliminée au cours de la prochaine décennie.

La Division de la prévention et du contrôle des MTS, du Laboratoire de lutte contre la maladie, en collaboration avec les responsables des programmes de lutte contre les MTS provinciaux et territoriaux, vont continuer de surveiller étroitement les tendances futures.

Références

1. Ronald A, Peeling R. *Les infections transmises sexuellement : leurs manifestations et leurs liens avec l'infertilité et les maladies de l'appareil reproducteur.* Dans : *Compréhension de l'infertilité : facteurs de risque.* Collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Vol 7. Ottawa (ON) : Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1993:1-150.
2. Goeree R, Gully P. *Fardeau que représente la* ***Chlamydia trachomatis*** *et la Neisseria gonorrheae au Canada.* Dans : *Prévention de l'infertilité.* Collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Vol 5. Ottawa (ON) : Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1993:31-84.
3. LLCM. *Mise à jour de 1995 : Lignes directrices pour les MTS.* RMTC 1995;21S4:1-213.
4. Yeung KH, Dillon JR. *Premiers isolats canadiens de* ***Neisseria gonorrhoeae*** *producteur de penicillinase (NGPP) résistant à la norfloxacine.* RHMC 1991;17:1-3.
5. Harnett N, Brown S, Riley G et coll. *Sensibilité réduite de* ***Neisseria gonorrhoeae*** *aux fluoroquinolones — Ontario, 1992-1994.* RMTC 1995;21:17-20.
6. Ringuette L, Trudeau T, Turcotte P et coll. *Émergence de souches de* ***Neisseria gonorrhoeae*** *présentant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine — Québec, 1994-1995.* RMTC 1996;22:121-25.
7. Patrick D, Rekart ML. *Isolat de* ***Neisseria gonorrhoeae*** *obtenus en Colombie-Britannique présentant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine – un phénomène d'importation.* RMTC 1995;21:137-39.
8. Brunham RC, Plummer FA. *A general model of sexually transmitted disease epidemiology and its implications for control.* Sex Transm Dis 1990;74(6):1339-52.
9. Brunham RC. *The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases.* Sex Transm Dis 1991;18(2):67-8.
10. Potteral JJ, Rothenberg RB, Woohouse DE et coll. *Gonorrhea as a social disease.* Sex Transm Dis 1985;12(1):25-32.

Source : *S Squires, BScN, MSc, J Doherty, MSc, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Ottawa (ON).*

Notes internationales

DENGUE ET DENGUE HÉMORRAGIQUE DANS LES AMÉRIQUES, 1996

En 1996, un total de 250 707 cas de dengue dont 4 440 cas de dengue hémorragique ont été signalés au Bureau régional OMS des Amériques/ Organisation panaméricaine de la Santé. Des flambées de dengue ont été rapportées au Brésil, au Mexique et à la Trinité-et-Tobago. La dengue hémorragique a continué à sévir en Colombie et au Venezuela et, pour la deuxième année consécutive, le Mexique a signalé des centaines de cas de dengue hémorragique.

Les quatre sérotypes ont continué à circuler. Le type 3, qui a été réintroduit dans les Amériques au cours de la première moitié de 1994, tout d'abord au Nicaragua et au Panama, se propageant ensuite à d'autres pays d'Amérique centrale et au Mexique, n'a été signalé dans aucun nouveau pays des Amériques en 1996.

LA MÉNINGITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS
Mise à jour, janvier-avril 1997

Au Togo, l'épidémie de méningite cérébrospinale est complètement terminée. Le nombre hebdomadaire de cas signalés au Burkina Faso, en Gambie, au Ghana et au Mali décline régulièrement depuis la treizième semaine de 1997, et l'on espère qu'avec les campagnes de vaccination en cours et les pluies récentes dans la plupart des zones touchées, l'épidémie pourrait être bientôt maîtrisée. Le tableau 1 indique le nombre de cas/décès déclarés du 1er janvier au 28 avril 1997.

Tableau 1
Total cumulé des cas/décès dus à la méningite déclarés dans la Région africaine de l'OMS au 28 avril 1997

Pays	Cas	Décès	Taux de létalité (%)
Algérie (26.04)	6	1	16.7
Benin (23.03)	273	47	17.2
Burkina Faso (19.04)	20,270	2,274	11.2
République centrafricaine (28.02)	10	3	30.0
Tchad (30.03)	158	25	15.8
Erythrée (14.04)	5	0	0.0
Gambie (09.04)	913	120	13.1
Ghana (05.04)	14,862	1,270	8.5
Mali (11.04)	6,296	619	9.8
Mauritanie (31.03)	11	2	18.2
Niger (31.03)	2,159	251	11.6
Rwanda (09.03)	10	4	40.0
Sénégal (09.04)	13	4	30.8
Togo (16.04)	2,781	385	13.8
Total	**47,767**	**5,005**	**10.5**

() = Dernière date de notification.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS. Vol 72, n^os 17 et 18, 1997.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r John Spika (613) 957-4243
D^r Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne FAX : (613) 523-0937
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (85,60 $ TPS inclus) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (160,50 $ TPS inclus) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1997

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hwc.ca/hpb/lcdc.